

小児問診票

No. _____

記入日 年 月 日

ふりがな
・氏名 男・女 生年月日 令 年 月 日

〒 ー

・ご住所 ㊟

・ご職業 ㊟

・携帯電話 ・メールアドレス

・当院を何でお知りになりましたか？ ・知人、家族からの紹介（ 様）

・ホームページ ・インターネット ・SNS（ ） ・看板 ・通りがかり

・これからお伺いすることは、より良い診療を行うための大切な内容です。
お手数ですが、わかる範囲でお答えください。《お答えは○で囲んでください》

1. 本日はどうなさいましたか？

- ①歯が痛い ②むし歯がある ③つめ物が取れた ④歯石を取りたい
⑤歯がぐらぐらする ⑥歯ぐきが腫れた ⑦検診 ⑧フッ素
⑨その他（ ）

2. 今までに歯医者にかかったことは？

- ①ない ②ある（その時お子さんは、 1治療できた 2泣いた 3あばれた）

3. 現在、医師（内科など）に通院中ですか？

- ①いいえ ②はい（理由 のため）
かかりつけの医院（ ㊟ ）

4. 今までに大きな病気をしたことがありますか？

- ①心臓病 ②肝臓病 ③腎臓病 ④鼻の病気 ⑤血液疾患 ⑥ぜんそく
⑦その他（ ） ⑧特になし

5. お薬を飲んでいますか？

- ①ない ②ある 薬品名（ ） 病気名（ ）

6. アレルギーはありますか？

- ①いいえ ②はい（ ）

7. 歯みがきは

- ①自分でしている ②保護者がしている ③仕上げみがきを保護者がしている

8. よく飲むものは？

- ①お茶 ②ジュース ③その他（ ）

9. お子さまが治療を嫌がってあばれた場合は？

- ①泣いても治療を続けて欲しい ②治療をやめてほしい

10. 治療に対する希望

(1) 治療範囲

- ①今痛いところだけでよい ②悪い歯を全て治療したい ③相談の上治療したい

(2) その他 治療に関するご希望はございますか？

()

寺沢歯科医院